

تأثیر یک برنامه معنوی اسلامی بر رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

سمیه شریفی^{۱*}، مهین معینی^۲

^۱دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^۲مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۴ تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۱

چکیده:

زمینه و هدف: رضایت از زندگی نگرشی است که فرد از زندگی خود دارد و به طور تنگاتنگی با رفاه و آسایش شخص مرتبط است. هدف از انجام این پژوهش تعیین تأثیر یک برنامه معنوی اسلامی بر رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر اصفهان است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع تجربی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ۵۲ سالمند مبتلا به پرفشاری خون به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمون در ۸ جلسه برنامه معنوی اسلامی گروهی که در دو مرکز از مراکز سلامت شهر اصفهان برگزار می شد، شرکت کردند. پرسشنامه رضایت از زندگی دینر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (یک ماهه) در دو گروه تکمیل شد. نتایج با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون های کای اسکوتر، t مستقل و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه، مدت ابتلا به پرفشاری خون، ابتلا به بیماری مزمن دیگر غیر از پرفشاری خون وجود نداشت ($P > 0/05$). میانگین نمره رضایت از زندگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون با تفاوت معنی داری پیدا کرد ($P < 0/00001$) و یک ماه پس از مداخله نیز تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره رضایت از زندگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل وجود داشت ($P < 0/00001$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه بیانگر اثر بخشی برنامه معنوی اسلامی بر رضایت از زندگی در سالمندان است؛ بنابراین از این مداخله می توان جهت افزایش رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون استفاده نمود.

واژه های کلیدی: معنوی اسلامی، سالمند، رضایت از زندگی، پرفشاری خون.

مقدمه:

پیش بینی می شود تا چند دهه آینده این میزان تا ۳۰ درصد افزایش یابد (۱). طبق گزارش مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۹۰ در حدود ۷/۵ درصد از جمعیت کشور را جمعیت سالمندان ۶۰ سال به بالا تشکیل می دهد (۲). اگر این سیر ادامه پیدا کند، از این پس در ایران شاهد جمعیتی خواهیم بود که از آن به عنوان جمعیت سالمند یاد می شود. با توجه به مشکلات این گروه سنی و

پیر شدن جمعیت یا افزایش سریع سالمندان یک پدیده جهانی است. کاهش زاد و ولد و افزایش امید به زندگی موجب شده است که جمعیت سالمندان بسیار سریع تر از جمعیت کلی افزایش یابد. پیش بینی ها حاکی از این است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی تعداد سالمندان جهان به یک میلیارد نفر برسد. به طور متوسط ۱۶ درصد جمعیت کشورهای صنعتی را سالمندان تشکیل می دهند و

نیز روند روز افزون سرعت رشد آن، برنامه ریزی آینده نگری برای کنترل مسائل مربوط به این گروه از جمعیت را می طلبد. چرا که افراد سالمند در معرض خطر بسیاری از بیماری ها و ناتوانی قرار دارند (۳).

سالمندان وقتی در مرحله کهولت و از کار افتادگی قرار می گیرند اکثراً مشکلات متعددی از قبیل تنهایی، مشکلات اقتصادی و غیره را تجربه می کنند که این شرایط بر رضایت آن ها از زندگی تأثیر می گذارد (۴)؛ همچنین احساس بی ارزش شدن، کهنه شدن و از دست دادن نیرو و توان در سالمندان مانع قابل توجهی در داشتن یک زندگی رضایتمندانه است (۵). از جمله مشکلات شایع دوره سالمندی، بیماری ها و ناتوانی های مزمن است که تأثیر منفی بر سطح رضایت از زندگی فرد دارد (۶). نتایج مطالعه Li و همکاران نشان داد که ابتلا به بیماری های مزمن یا داشتن عوامل خطر سلامتی منجر به ایجاد نارضایتی از زندگی در افراد می گردد و حدس زده می شود که این بیماری ها ممکن است؛ تغییراتی در شخصیت، احساسات و سبک سازگاری فرد بگذارد. به طوری که منجر به ارزیابی منفی فرد از میزان رضایت از زندگی شود (۷). یکی از بیماری های مزمن شایع دوران سالمندی فشار خون بالاست که عامل زمینه ای برای بسیاری از اختلالات عروقی از قبیل سکته، نارسایی قلبی و اختلال عملکرد کلیوی است (۸) این بیماری هزینه های مراقبتی و درمانی زیادی را به خود اختصاص داده و تأثیرات منفی را بر سلامت روانی، جسمی و سطح رضایت از زندگی فرد می گذارد (۹-۱۱).

حال آنکه رضایت از زندگی به عنوان نشانه ای بارز از سازگاری بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان، بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی فرد و از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است که بررسی آن در سیستم های مراقبت بهداشتی به دلیل ارتباط تنگاتنگ آن با سلامت جسم و روان، امری حیاتی محسوب می شود (۱۲-۱۴، ۴). سالمند شناسان نیز معتقدند

رضایت از زندگی منجر به افزایش طول عمر در سالمندان و افزایش سلامت جسمی و روانی در آن ها می شود (۱۵)؛ بنابراین با توجه به اهمیت رضایت از زندگی در سالمندان، انجام مداخلاتی جهت افزایش رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون ضروری است.

Staudinger و همکاران با انجام پژوهشی نشان دادند که احساس کنترل بر وقایع موجب بالا رفتن سطح رضایت از زندگی می شود (۱۶). در این خصوص مشاوران سلامت پیشنهاد می کنند مبتلایان به بیماری های مزمن برای سازگاری با بیماری و حفظ امید و احساس معنی و هدف در زندگی و احساس کنترل بر وقایع از اعتقادات معنوی کمک بگیرند (۱۷).

تحقیقات قویاً حاکی از آن است که توجه به معنویت به عنوان نیرویی که به سالمندان، آرامش، نیرو و نشاط وصف ناپذیری می دهد، مورد توجه خاص نظریه پردازان پرستاری بوده است (۱۸). Hilton نیز در این زمینه نقل می کند اگر ما واقعاً به سالمندان علاقه مندیم و خواستار زندگی با کیفیت برای آن ها هستیم می بایست در فرایند پرستاری سالمندی، سالمندان را به عنوان انسانی با نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بدانیم و توجه کنیم که در سنین سالمندی معنویت و ارضای نیازهای معنوی از اولویت های مراقبت پرستاری است (۱۹).

از جمله مداخلات معنوی که تاکنون برای پیشگیری و درمان بیماری های جسمی و روانی به کار می رود شامل دعا کردن، عبادت کردن و انجام ورزش هایی مانند یوگا است (۲۰)؛ اما شیوه های درمانگری معنوی اسلامی، آمیزه ای از شیوه های شناختی، عاطفی، رفتاری و معنوی برگرفته شده از آیات قرآن و روایات معصومین است که ویژگی با ارزش جامع نگری و مطابقت آن با سرشت و فطرت انسان است (۲۱). معنویت اسلامی معنوی مبتنی بر دین و سرچشمه آن قرآن کریم و فرموده های حضرت محمد (ص) و پیشوایان معصوم است (۲۲). قرآن کریم با هدف کاهش فشار وارده بر انسان در رویارویی با مصائب و حوادث

عملکردهایی را مانند توکل به خداوند، صبر و بردباری، ذکر و نماز، بخشش و گذشت، شکر و شکرگزاری آموزش می‌دهد تا او توانایی دستیابی به نتایج مطلوب از جمله آرامش را بیابد (۲۳).

اخیراً بهره‌وری از مداخلات معنوی مذهبی در تغییر نگرش فرد برای رفع مشکلات، مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال پژوهش فلاح و همکاران نشان داد برنامه گروه درمانی معنوی بر رضایت از زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است (۲۴). مطالعه Bowland که با هدف بررسی تأثیر مداخله معنوی- اجتماعی بر اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و بهزیستی معنوی بر سالمندان بازمانده از آسیب‌های بین فردی انجام گرفت نیز نشان داد که این مداخله منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و علائم جسمانی و بهبود بهزیستی معنوی سالمندان شده است (۲۵)؛ همچنین مطالعه محمدی با عنوان بررسی اثر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان حاکی از این بود معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند مؤثر است (۲۶). مطالعه Cowlishaw و همکاران نشان داد که معنویت با رضایت از زندگی در سالمندان ارتباط معنی‌داری دارد (۲۷). نتایج مطالعه میمندی و برغمندی نیز نشان داد، عمل به باورهای دینی با رضایت از زندگی در این افراد ارتباط معنی‌داری دارد (۲۸)؛ اما با این حال تحقیقات در زمینه‌ی مداخلات معنوی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون و به ویژه در مورد شاخص مهم رضایت از زندگی بسیار محدود است. از طرفی مداخلات معنوی صورت گرفته در خارج از کشور متناسب با فرهنگ آن جوامع است که تفاوت زیادی با فرهنگ اسلامی- ایرانی جامعه‌ی ما دارد. علاوه بر این مطالعات انجام شده بعضاً به بررسی ارتباط معنویت و رضایت از زندگی در سالمندان پرداخته همچنین تأثیر مثبت مداخلات معنوی بر سایر شاخص‌های سلامت روان اشاره کرده است. نتایج مطالعات در خصوص رابطه‌ی عناصر معنویت با وضعیت سلامت روان در بیماری‌های مزمن همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش

نشده بلکه به شکل‌های متناقض نیز بوده است (۲۹، ۳۰). پرستاران به عنوان مراقبان سلامت، نقش مهمی را در ایجاد آرامش درونی بیماران دارند (۳۱) و از آنجا که بیشترین ارتباط را با سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشت و درمان دارند، فرصت بیشتری برای پرداختن به مسائل معنوی سالمندان در اختیار دارند؛ لذا به دلیل شیوع پرفشاری خون در سالمندان و تأثیر منفی آن بر سطح رضایت از زندگی سالمندان، تحمیل هزینه‌های قابل توجه به خانواده‌ها و نظام بهداشتی- درمانی کشور، وجود فرهنگ غنی اسلامی در جامعه ایران، نقش با اهمیت معنویت و مذهب در میان این گروه از جمعیت و نیاز آن‌ها به انجام این گونه مداخلات ما را بر آن داشت تا پژوهشی با هدف تعیین تأثیر یک برنامه معنوی اسلامی بر رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر اصفهان را طراحی و اجرا کنیم.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع تجربی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز سلامت اصفهان بودند. انتخاب نمونه‌ها به این صورت بود که ابتدا از بین لیست کلیه مراکز سلامت اصفهان، ۲ مرکز به شیوه آسان انتخاب شد تا بدین ترتیب نیمی از نمونه‌ها از یک مرکز و نیمی دیگر از مرکز دیگر انتخاب شدند؛ سپس در این مراکز اقدام به نمونه‌گیری به طریق نمونه‌گیری در دسترس شد. بعد از مراجعه حضوری و بررسی دقیق تر معیارهای ورود به پژوهش سن ۶۰ تا ۷۵ سال، مسلمان بودن، فشار خون کمتر از ۱۵۹/۹۹ و بیشتر از ۱۴۰/۹۰ (بر اساس اطلاعات موجود در پرونده) انتخاب شدند. لازم به ذکر است که این دامنه از فشار خون اولین مرحله پرفشاری خون است که بیشترین مراجعه‌کنندگان سالمند مبتلا به پرفشاری خون به مراکز سلامت در این دامنه بودند؛ لذا برای دسترسی بهتر به نمونه‌ها این دامنه انتخاب شد، نداشتن بیماری جسمی یا روانی حاد

(بر اساس تأیید پزشک)، نداشتن سابقه شرکت در آموزش های روانی معنوی، نمونه ها انتخاب شدند. جهت شرکت در پژوهش از آن ها رضایت نامه کتبی آگاهانه نیز اخذ شد. بعد از مشخص شدن نمونه ها در مرحله آخر تخصیص تصادفی نمونه ها به دو گروه کنترل و آزمون در هر مرکز با استفاده از جدول اعداد تصادفی آماده شده، صورت گرفت و نمونه ها در دو گروه آزمون (۲۶) و کنترل (۲۶) قرار گرفتند؛ سپس در مرحله قبل از مداخله پرسشنامه ها توسط هر دو گروه تکمیل گردید. لازم به ذکر است در صورت بی سواد بودن شرکت کننده ها یک نفر همکار پژوهشگر به صورت فردی سؤالات پرسشنامه را از نمونه ها می پرسید. بعد از انجام پیش آزمون، در حالی که گروه کنترل آموزش های معمول مرکز را دریافت می کردند برنامه معنوی اسلامی برای افراد گروه آزمون، به شیوه گروهی اجرا شد. این برنامه برگرفته از مداخلات معنوی و مذهبی است که در مطالعات فتاحی و همکاران همچنین فلاح و همکاران به کار گرفته شده است (۲۴،۲۱). این برنامه بر اساس آیات قرآن و روایات معصومین با محوریت مباحثی چون توکل، شکرگزاری، صبر، بخشش و گذشت، مشارکت در امور عام المنفعه و ذکر و زیارت است که محتوای آن به تأیید چند تن از متخصصین سالمندی و روانشناسی و اساتید حوزه رسیده است (جدول شماره ۱). این برنامه شامل ۸ جلسه به صورت ۱ بار در هفته، هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه و هر کدام مشتمل بر ۵ بخش بود. در بخش اول از جلسه قبل بازخورد گرفته شد. در بخش دوم در مورد فعالیت ها و تکالیف هفته گذشته مراجعان بحث شد. در بخش سوم درباره یک مهارت معنوی جدید صحبت شد و شیوه به کارگیری این مهارت معنوی و تأثیر آن در زندگی روزمره، رویارویی با مصائب، امید به آینده و سلامت روان و رضایت از زندگی مورد بحث قرار گرفت. بعد از این بخش یک استراحت به مراجعان داده شد. در بخش چهارم تکالیف مراجعان برای جلسه بعد مشخص

گردید که در واقع در این تکالیف مراجعان آن مهارت معنوی را تمرین کرده و مصداق هایی از این مهارت معنوی را در زندگی خود جستجو کرده و در جلسه بعد در کلاس مطرح کردند. در بخش پنجم هم از مراجعان بازخورد گرفته شد. این برنامه توسط پژوهشگر و با حضور یک نفر همکار که در پاسخ دادن به سؤالات شرکت کنندگان، پژوهشگر را همراهی می کرد، اجرا شد. هدف مطالعه ارائه برنامه معنوی بوده که به شیوه گروهی برگزار شد تا بیشتر مورد پذیرش سالمندان واقع گردد. به صورتی که با به کارگیری این شیوه امکان پرسش و پاسخ و بحث گروهی و بیان تجربیات، عقاید و نظرات سالمند فراهم می گردید؛ لذا برای ارائه مطالب از شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ و بحث گروهی استفاده گردید و همه سالمندان به شکل فعال در جلسات شرکت کرده و تجربیات و نظرات خود را با دیگر سالمندان حاضر در کلاس در رابطه با موضوع همان جلسه و مهارت معنوی که به عنوان تکلیف تعیین شده بود به اشتراک می گذاشتند. یک کتابچه آموزشی نیز در پایان هر جلسه در اختیار گروه آزمون قرار گرفت. لازم به ذکر است یک همکار که دارای دکترای علوم قرآنی بود. برای پاسخ گویی به سؤالات بیماران همراه با پژوهشگر در تمام جلسات مداخله حضور یافت. در نهایت بلافاصله و یک ماه بعد از اتمام مداخله، تمامی نمونه ها برای تکمیل مجدد پرسشنامه های سلامت عمومی و رضایت از زندگی دعوت شدند. در انتهای مطالعه یک جلسه پرسش و پاسخ برای گروه کنترل در رابطه با برنامه معنوی اسلامی برگزار شد؛ همچنین یک کتابچه آموزشی حاوی مطالب گفته شده در جلسات، در اختیار اعضای گروه کنترل قرار گرفت و از آن ها برای شرکت در پژوهش تشکر شد. در ضمن در این پژوهش ریزش نمونه رخ نداد و مطالعه تا مرحله پیگیری با ۵۲ نمونه که شامل ۲۶ نفر آزمون و ۲۶ نفر کنترل بود پایان یافت.

جدول شماره ۱: موضوع جلسات برنامه ی معنوی اسلامی

جلسه	موضوعات	عناوین محتوای آموزشی
اول	معارفه و تبیین مفهوم رضایت از زندگی	خوش آمد گویی به بیماران، معرفی پژوهشگر و برقراری ارتباط و ایجاد امید و دلگرمی و تأکید بر جنبه های مثبت مداخله و بیان مفهوم رضایت از زندگی
دوم	مفهوم معنویت	بررسی چالش های افراد و تشویق آن ها به بیان احساساتشان در رابطه با ابتلا به بیماری مزمن پرفشاری خون و تأثیری که این بیماری بر سطح رضایت از زندگی افراد داشته است، بیان مفهوم معنویت و چگونگی اثربخشی آن در سازگاری با بیماری های مزمن، دادن تکلیف خانگی در رابطه با بیان مصداق هایی از نقش معنویت و اثر آن در زندگی خود
سوم	توکل	تعریف توکل و بحث در مورد نقش توکل و اعتماد به خدا در زندگی و آثار مفید آن و بیان آیات قرآن و احادیث معصومین در این زمینه، ایجاد دیدگاه توکل محور و رضا محور در زندگی روزمره و تبدیل باورهای منفی به مثبت و آوردن مصداق هایی از توکل به خدا و نقش آن در زندگی با کمک خود مراجعان و دادن تکلیف در این رابطه
چهارم	شکرگزاری	تعریف معنای شکرگزاری از خداوند و انسان ها و دیگر مخلوقات، آموزش توجه بیشتر به جنبه ی مثبت وقایع منفی زندگی روزمره، آشنایی با راه های شکرگزاری و قدردانی کردن، دادن تکلیف خانگی در رابطه با بیان مصداق هایی از نقش شکرگزاری در زندگی شان و تمرین تشکر از خداوند و مخلوقات او
پنجم	عفو، گذشت	تعریف معنای صحیح عفو و گذشت، آشنایی با فرآیند گذشت و تأثیر آن در زندگی مادی و معنوی و آوردن مصداق هایی از آثار مثبت عفو و گذشت در ایجاد آرامش جسمی و روانی فرد و دادن تکلیف در این رابطه
ششم	ذکر و زیارت	تعریف ذکر و زیارت، بیان احادیث و روایات مبنی بر اهمیت ذکر الله و زیارت و بحث در مورد آثار مثبت آن ها در زندگی و آموزش شرایط ذکر و زیارت با توجه به آموزه های اسلامی و دادن تکلیف خانگی (آوردن مصداق هایی از نقش ذکر و آثار آن)
هفتم	صبر	تعریف صبر و بیان احادیث و روایات مبنی بر نقش صبر در زندگی و بررسی علت انواع رنج ها و سختی ها در زندگی روزمره و پیدا کردن مشکلات و رنج ها در طول روز یا رنج های گذشته و جایگزینی افکار مثبت اسلامی صبر به جای افکار منفی قبل؛ همچنین آوردن مصداق هایی از صبر و نقش آن در زندگی و دادن تکلیف در این رابطه
هشتم	اختتام	بیان خلاصه ای از کل جلسات، پاسخ گویی به سؤالات ممکن، دریافت بازخورد از شرکت کنندگان و آموزش اینکه چگونه این شیوه ها را به عنوان خود درمانی در زندگی به کار ببرند

سنجیده شده است. در مطالعه ای که توسط معتمدی با عنوان سالمندی موفق و گرایش های مذهبی انجام شد. برای سنجش رضایت از زندگی سالمندان از پرسشنامه رضایت از زندگی دینر استفاده شد. برای اندازه گیری اعتبار مقیاس رضایت از زندگی ضریب همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. میزان ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ بود. برای تعیین روایی مقیاس، متن ترجمه شده مقیاس به دو نفر از اساتید زبان انگلیسی داده شد، تا به انگلیسی برگردانند، با تطبیق متن انگلیسی با متن اصلی روایی صوری مقیاس تعیین شد (۳۳). نتایج با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون های کای اسکور، t مستقل و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه رضایت از زندگی دینر (Diner Life satisfaction scale) است. پرسشنامه رضایت از زندگی دینر در سال ۱۹۸۵ برای اندازه گیری رضایت از زندگی طراحی شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی و از پنج گزاره، که مؤلفه شناختی بهزیستی روانی و ذهنی را اندازه گیری می کند، تشکیل شده است. هر گزاره دارای هفت گزینه است که از ۷-۱ نمره گذاری می شود و با عبارات کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بیان می شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۳۵-۵ است. نمره ۳۱-۳۵ به شدت راضی، نمره ۲۶-۳۰ راضی، نمره ۲۱-۲۵ اندکی راضی، نمره ۲۰ خنثی، نمره ۱۵-۱۹ اندکی ناراضی، نمره ۱۴-۱۰ ناراضی و نمره ۹-۵ به شدت ناراضی در نظر گرفته می شود (۳۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در سالمندان ایرانی قبلاً

یافته ها:

نتایج آزمون های آماری نشان می دهد، تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه، مدت ابتلا به پرفشاری خون، ابتلا به بیماری مزمن دیگر غیر از پرفشاری خون وجود نداشت ($P>0/05$).

جدول شماره ۲: مشخصات دموگرافیک آزمودنی ها (متغیرهای کیفی)

مشخصات دموگرافیک	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	نوع آزمون و سطح معنی داری P
جنس	مرد ۱۴ (۵۳/۸)	۱۴ (۵۳/۸)	Chi squer test P=۱
	زن ۱۲ (۴۶/۲)	۱۲ (۴۶/۲)	
سطح تحصیلات	بی سواد ۱۰ (۳۸/۵)	۱۲ (۴۶/۲)	Man-Whitney test P=۰/۶۶۲
	زیر دیپلم ۳ (۱۱/۵)	۱ (۳/۸)	
	دیپلم ۱ (۳/۸)	۳ (۱۱/۵)	
	تحصیلات دانشگاهی ۲۶ (۱۰۰)	۲۵ (۹۶/۲)	Fisher exact test P=۰/۵۳۵
وضعیت تأهل	متأهل ۰ (۰)	۱ (۳/۸)	Chi squer test P=۰/۵۲۶
	همسر فوت شده ۱۱ (۴۲/۳)	۳ (۱۱/۵)	
وضعیت اشتغال	بیکار ۲ (۷/۷)	۹ (۳۴/۹۶)	Fisher Exact test P=۰/۳۵۵
	شاغل ۱۳ (۵۰)	۲۵ (۱۹/۲)	
ابتلا به بیماری مزمن	دارد ۳ (۱۱/۵)	۲۱ (۸۰/۸)	
دیگر	ندارد	۲۳ (۸۸/۵)	

جدول شماره ۳: مشخصات دموگرافیک آزمودنی ها (متغیرهای کمی)

مشخصات دموگرافیک	گروه آزمون	گروه کنترل	نوع آزمون و سطح معنی داری (P)
سن (سال)	۶۶/۱۱±۴/۴۱	۶۴/۵±۳/۰۲	Independent t-test P=۰/۱۴۶
درآمد ماهیانه (ریال)	۶۶۰۰۰۰±۲۱۰۱۵۸۰	۶۲۴۰۰۰±۲۲۰۵۵۱۸	t-test P=۰/۵۶۳

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمره رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

متغیر	گروه ها	گروه آزمون	گروه کنترل	آزمون آماری
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	Independent t-test P
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۱۴/۴±۵/۰۲	۱۳/۷±۵/۱۱	P=۰/۵۸۳
	پس آزمون	۲۱/۷±۳/۶	۱۳/۱±۵/۰۱	P<۰/۰۰۰۰۱
	پیگیری	۲۴/۳±۲/۶	۱۳/۱±۵/۲	P<۰/۰۰۰۰۱
آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری	F	۶۳/۷	۰/۶۳۳	P=۰/۵۴۱
	P	P<۰/۰۰۰۰۱		

همان طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌کنید، میانگین نمره رضایت از زندگی در دو گروه آزمون و کنترل بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی دار داشت ($P < 0/00001$). همچنین با گذشت زمان (بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله) میانگین نمره رضایت از زندگی در گروه آزمون افزایش یافته است؛ اما در گروه کنترل میانگین نمره رضایت از زندگی در زمان‌های مختلف (بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله) تفاوت معنی داری پیدا نکرده است ($P = 0/541$)؛ همچنین آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در گروه آزمون میانگین نمره رضایت از زندگی بلافاصله بعد از مداخله به طور معنی داری بیشتر از قبل از مداخله است ($P < 0/00001$)؛ همچنین میانگین نمره رضایت از زندگی یک ماه بعد از مداخله نیز بیشتر از بلافاصله بعد از مداخله است ($P < 0/00001$).

بحث:

نتایج یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، برنامه معنوی اسلامی منجر به افزایش رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون گردیده است. در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعه فلاح و همکاران نشان داد، برنامه گروه درمانی معنوی بر امید، شادکامی و رضایت از زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است (۲۴). Cowlishaw و همکاران گزارش کردند، معنویت با رضایت از زندگی در سالمندان ارتباط دارد (۲۷). ویسی و همکاران نیز یافتند درمان رویکرد چند وجهی اسلامی بر رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز مؤثر بوده است (۳۴)؛ همچنین نتایج مطالعه میمندی و برغمندی نشان داد عمل به باورهای دینی با افزایش رضایت از زندگی در سالمندان می‌گردد (۲۸). از طرفی نتایج مطالعه Bowland نیز نشان داد مداخله معنوی- اجتماعی روانی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و علائم جسمانی و بهبود بهزیستی معنوی سالمندان شده است (۲۵)؛ همچنین نادری و همکاران

که به بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با رضایت از زندگی سالمندان پرداختند، دریافتند بین هوش معنوی و رضایت از زندگی رابطه‌ی مثبت معنی داری وجود دارد (۳۵). نتایج حاصل از مطالعه Rajagopal و همکاران در آمریکا نیز حاکی از این بود که مداخلات معنویت محور، در کاهش اضطراب و افسردگی مینور سالمندان مؤثر بوده است (۳۶)؛ همچنین مطالعه محمدی با عنوان بررسی اثر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان حاکی از این بود که معنویت درمانی منجر به کاهش افسردگی زنان سالمند شده است (۲۶) که نتایج مطالعات ذکر شده مؤید یافته‌های مطالعه حاضر است. البته مطالعه واگرا در زمینه این مطالعه کمتر یافته شد و شاید علت آن کمبود شواهد پژوهشی در این زمینه است.

معنویت با کاهش هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب و خشم در مقابل تقویت هیجانات مثبت مانند امیدواری، عشق ورزی و شادمانی، نتایج مثبتی همچون افزایش رضایت از زندگی را به همراه دارد و در واقع یک ارتباط قوی با متافیزیک و ماورا می‌تواند فرد را از هر گونه اضطراب و استرس و احساسات منفی دور کرده و به زندگی او معنا و مفهوم تازه ببخشد و این احساس را در فرد پایدار کند که بر قدرت بی‌پایانی تکیه دارد که همواره او را در برابر تمامی مشکلات حفظ خواهد کرد و جز خوبی برای او نخواهد خواست (۳۷) و به نظر می‌رسد مفاهیم قوی معنوی همچون شکرگزاری، توکل، گذشت و صبر، ضعف و ناتوانی افراد را جبران کرده و آن‌ها را توانمند و قدرتمند می‌گرداند و بر طبق نظریه دینر یک چنین احساساتی منجر به قدرتمند کردن فرد برای سازگاری با شرایط سخت شده و موجب رضایت بیشتر می‌گردد. در واقع معنویت می‌تواند فاصله بین آنچه که انسان دارد و آنچه می‌خواهد داشته باشد را پر کند و او را در دستیابی به موقعیتی جدید و افزایش رضایت از زندگی با کاهش فاصله بین واقعیت و ایده‌ال یاری کند (۲۴). به این ترتیب پرستاران به‌عنوان یکی از اعضای کادر بهداشت

بنابراین پیشنهاد می‌شود مدت زمان ارزیابی در مطالعات بعدی طولانی‌تر شود.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

پرستار یکی از اعضای تیم سلامتی است که بیشترین ارتباط را با بیمار دارد و به آسانی در دسترس بیمار است؛ بنابراین می‌تواند نقش مؤثری در ارائه مراقبت معنوی داشته باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و تمایل سالمندان برای برآورده شدن نیازهای معنوی شان و تأثیرات مثبت معنویت بر ابعاد جسمانی و روانی و معنوی سالمندان، پرستاران می‌توانند در کنار سایر مداخلات با ارائه مداخلات معنوی کمک مؤثر و ارزنده‌ای به ایشان بنمایند.

تشکر و قدردانی:

لازم به ذکر است که این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا گردیده است و با شماره ۳۹۳۱۷۴ در تاریخ ۹۳/۲/۲۲ به تصویب رسیده است. علاوه بر این از کلیه کارکنان مراکز سلامت شهر اصفهان و تمام سالمندان عزیزی که به این مراکز مراجعه کرده و در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

و درمان که در این مراکز بیشترین ارتباط را با سالمندان مبتلا به بیماری پرفشاری خون دارند، فرصت بیشتری برای پرداختن به مسائل معنوی سالمندان در اختیار قرار دارند و می‌توانند با ارائه مداخلات معنوی این نیاز اساسی سالمند را تأمین کرده و از پتانسیل درونی سالمند ارتقاء سطح رضایت از زندگی او استفاده کند.

نتیجه‌گیری:

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر اجرای برنامه‌های معنوی اسلامی یک رویکرد مناسب برای ارتقاء رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون است؛ لذا توصیه می‌گردد دوره‌هایی جهت آشنایی دانشجویان و پرستاران با مفاهیم و اجزای مراقبت معنوی برگزار شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تأثیر مداخله در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار گیرد. مطالعات دیگر می‌تواند به روشن سازی زمینه‌های مهم و مختلف در مورد چگونگی تأثیر این نوع مداخله، موانع و تسهیل‌گرهای کاربرد آن در بالین برای سایر سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن کمک کند. از محدودیت‌های این پژوهش زمان محدود برای انجام چنین مداخله‌ای در قالب پایان‌نامه دانشجویی بود. در واقع محدودیت زمانی برای پژوهشگر، ارزیابی کوتاه مدت را موجب گردید؛

منابع:

1. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(72): 48-56.
2. Mirzaei M, Shams-Ghahfarkhi M. Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976-2006. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(5): 326-31.
3. Mortazavi S, Ardabil R. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. *Payesh Journal*. 2010; 10: 485-92.
4. Chang SH, Crogan NL, Wung SF. The selfcare self-Efficacy Enhancement program for Chinese nursing home elders. *Geriatric Nursing Journal*. 2007; 28(1): 31-36.
5. Mollaoglu M, Tuncay FO, Fertelli TK. Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 51(3): e115-9.
6. Mazloomi MS, Soltani T, Morowatisharifabad A, Fallahzadeh H. Activities of daily living and prevalence of chronic diseases among elderly people in Yazd. *The Journal of Toloo-e-Behdasht*. 2014; 13(3): 42-53.

7. Li C, Ford ES, Zhao G, Mokdad AH. Associations of health risk factors and chronic illnesses with life dissatisfaction among US adults: The Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006. *Preventive Medicine*. 2009; 49(2): 253-9.
8. Pearte CA, Furberg CD, O'Meara ES, Psaty BM, Kuller L, Powe NR, et al. Characteristics and baseline clinical predictors of future fatal versus nonfatal coronary heart disease events in older adults: The cardiovascular health study. *Circulation*. 2006; 113(18): 2177-85.
9. Nilsson M, Andersson DKG, Andersson PE, Schwan A, Ostlind B, Malmberg R. Cardiovascular risk factors in treated hypertensives: A nation-wide, cross-sectional study in Sweden. *International Medicine Journal*. 2004; 233(3): 239-45.
10. Ahangari M, Kamali M, Argmand M. The effects of hypertension on quality of life among older members of the Cultural Center of Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(7): 27.
11. Steffen PR, Hinderliter AL, Blumenthal JA, Sherwood A. Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63(4): 523-30.
12. Bishop AJ, Martin P, Poon L. Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Ageing and Mental Health*. 2006; 10(5): 445-53.
13. Sheikhi M, Housman HA, Ahadi H, Sepah-Mansour M. Psychometric properties of the satisfaction with life scale. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2010; 5(19): 15-25.
14. Melendez JC, Tomas JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 48(3): 291-5.
15. Subasi F, Hayran O. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005; 41(1): 23-9.
16. Staudinger U, Dorner J, Mickler C. Wisdom and personality. Robert J. A handbook of wisdom: Psychological perspectives. New York, NY, USA: Cambridge University Press; 2005: 191-219.
17. Lindsey M, Brandon H. The significance of spirituality with chronic illness. *Journal of Mental Health Counseling*. 2011; 13(1): 51-6.
18. Kennard MJ. A visit from an angel. *The American Journal of Nursing*. 1998; 98(3): 48-51.
19. Hilton C, Ghaznavi F, Zuberi T. Religious beliefs and practices in acute mental health patients. *Nursing Standard*. 2002; 16(38): 33-6.
20. Christensen S. The relationship between spirituality and successful ageing. [Electronic Theses Treatises and Dissertations]. USA: New Mexico State University by the Department of Counseling and Educational Psychology; 2008:141.
21. Fatahi R. The effects of Islamic spiritual group therapy on symptoms of dysthymic and quality of life of girl students of Isfahan University [Master's theses]. Isfahan: Isfahan University; 2009. [Persian]
22. Roodgar M. Spiritual orientation in the Qur'an. *Journal of Islamic Sciences*. 2008; 4: 45. [Persian]
23. Soltanmoradi A. The effect of god mention on mental health with Qur'an view. Congress of Quranic studies and medicine. Rafsangan university of Medical Sciences. 2011: 33-44. [Persian]
24. Fallah R, Golzari M, Dastani M, Akbari ME. Integrating Spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2011; 4(3): 141-7.
25. Bowland SE. Evaluation of a psycho-social-spiritual intervention with older women survivors of interpersonal [dissertation]. United States: Ann Arbor; Washington University; 2008: 1-24.
26. Mohammadi S. The effect of spiritual therapy on depression in elderly women residing in nursing homes. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 3(12): 72.
27. Cowlishaw S, Niele S, Teshuva K, Browning C, Kendig H. Older adults' spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing and Society*. 2013; 33(07): 1243-62.
28. Mimandi M, Barghamandi M. Relationship between the practice of religious beliefs and life satisfaction among the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(15): 87-98.

29. Ko B, Khurana A, Spencer J, Scott B, Hahn M, Hammes M. Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007; 22(10): 2985-90.
30. Liu CJ, Hsiung PC, Chang KJ, Liu YF, Wang KC, Hsiao FH, et al. A study on the efficacy of body-mind-spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(19): 2539-49.
31. Kermanshahi S, Hosseinzadeh S, Alhani F. The effect of the group counseling program on the status of primary dysmenorrhea, dietary condition and exercise in Shahreyar Girl's High School. *Zanjan University of Medical Sciences Journal*. 2009; 16(65): 49-60.
32. Bayani AA, Koocheky AM, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007; 3(11): 259-60.
33. Motamedi A, Ejei G, Azadfallah P, Kiamanesh A. Examine the relationship between religious orientations and successful aging. *Daneshvar Raftar Journal*. 2005; 12: 43-56.
34. Wasy SH, Hamid N, Bassak S. Effectiveness of Islamic multi-faced approach on the spiritual health and life satisfaction of girl student of Chamran University. *Achievements of Psychological Journal*. 2013; 4(2): 125-44.
35. Naderi F, Asgari P, Roshani M, Adriani M. Study the relationship between emotional intelligence and spiritual intelligence and life satisfaction. *New Findings in the Psychology Journal*. 2010; 5(17): 163-167.
36. Rajagopal D, Mackenzie E, Bailey C, Lavizzo-Mourey R. The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal of Religion and Health*. 2002; 41(2): 153-66.
37. Shahsavarloo Z, Lotfi MS, Taghadosi M, Mousavi MS, Yousefi Z, Amirkhosravi N. Relationship between components of spiritual well-being with hope and life satisfaction among elderly with cancer in Kashan. *Journal of Geriatric Nursing*. 2013; 1(2): 44-53.

The effect of an Islamic spiritual program on life satisfaction of elderly patients with hypertension

Somaye Sharifi^{1*}, Mahin Moeini²

¹Student, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran; ²Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 25/Nov/2014 Accepted: 12/Aug/2015

Background and aims: Life satisfaction is an attitude that people have in their life and it is intimately linked to the welfare of the person. The aim of this study was to examine the effect of Islamic spiritual program in a group style on life satisfaction in elderly patients with hypertension who were referred to health centers of Isfahan.

Methods: This study was an experimental research that was conducted in 2014. 52 old persons with hypertension were randomly divided into experiment and control groups. Islamic spiritual program was implemented in a group style for experimental group for 8 sessions in 2 centers of Isfahan health centers. Satisfaction With Life Scale (SWLS) was completed in 3 steps, pretest, posttest and follow up (1 month later) in 2 groups. In the study, data were analyzed using statistical software SPSS and Chi-square, independent t-test and analyze of variance with repeated measure tests.

Results: Statistical tests show significant differences between the experiment and control groups in terms of age, sex, educational level, marital status, employment status, income, duration of hypertension, and chronic diseases other than hypertension were not found ($P>0.05$). The mean score of life satisfaction of experimental group revealed a significant difference in comparison with control group in posttest step ($P<0.00001$). Also, there was a significant difference between average life satisfaction score in the experimental group than the control group a month after the intervention ($P<0.00001$).

Conclusion: The result of the study indicated the effectiveness of an Islamic spiritual program on life satisfaction of elderly. Therefore, this intervention can be used to promote life satisfaction of elderly patients with hypertension.

Keywords: Islamic Spiritual, Ageing, Life satisfaction, Hypertension.

Cite this article as: Sharifi S, Moeini M. The effect of an Islamic spiritual program on life satisfaction of elderly patients with hypertension. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(4): 93-103.

*Corresponding author:

Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran, Tel: 00989133942737,
E-mail: somaye_sharifi@nm.mui.ac.ir